FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

Année 19

1975 PARIJS No 27

THÈSE

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

**(Diplôme d'État)**

PAR

**M^lle MICHEL Fanny**

née le 24 Mars 1950 à Neuilly-sur-Seine

*Présentée et soutenue publiquement le* 19 75

# A PROPOS DE CENT DOUZE CAS DE COALESCENCE DES PETITES LÈVRES DÉPISTÉS AUX CENTRES DE BILANS DE SANTÉ DE L'ENFANT

*Président :* M. H.-E. BRISSAUD, *Professeur*

DECMA ÉDITIONS - 21, rue Tronchet, Paris

FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

Année 19 N°

# THÈSE

## POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

**(Diplôme d'État)**

PAR

**M^lle MICHEL Fanny**

née le 24 Mars 1950 à Neuilly-sur-Seine

*Présentée et soutenue publiquement le* *19*

# A PROPOS DE CENT DOUZE CAS DE COALESCENCE DES PETITES LÈVRES DÉPISTÉS AUX CENTRES DE BILANS DE SANTÉ DE L'ENFANT

*Président :* M. H.-E. BRISSAUD, *Professeur*

DECMA ÉDITIONS - 21, rue Tronchet, Paris

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MES PARENTS

dont l'aide et la confiance m'ont permis de mener à bien ces longues études.

A MON FRERE ET SA FAMILLE

A MON FIANCE

- Je suis très reconnaissante à Monsieur le Professeur H. E. BRISSAUD de l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de cette thèse.

- Je remercie Madame le Docteur HENRY -SUCHET, qui a bien voulu me proposer ce sujet de thèse et me guider dans sa rédaction.

- Ce travail a été réalisé aux Centres de Bilans de Santé de l'Enfant. Que Mademoiselle le Docteur LABADIE, médecin-chef du Centre de la rue Daviel, trouve ici l'expression de ma profonde gratitude pour le soutien qu'elle m'a apporté, ainsi que

Monsieur le Docteur J. J. HAZEMANN, médecin-chef des centres médico-sociaux de la protection maternelle et infantile (C. P. C. A. M. R. P.),

Madame le Docteur SEROR, médecin-chef adjoint des centres médico-sociaux et de protection maternelle et infantile,

Madame le Docteur VESIN, médecin-chef du Centre de Clichy,

sans oublier le personnel des deux Centres.

- Je tiens également à remercier Monsieur le Docteur SERSIRON, pour les précieux conseils qu'il a pu me donner.

- Enfin, je remercie Monsieur et Madame MIGNOLET, et Monsieur MERIOT, pour la réalisation matérielle de ce travail.

---

# A PROPOS DE CENT DOUZE CAS DE COALESCENCE DES PETITES LEVRES DEPISTES AUX CENTRES DE BILANS DE SANTE DE L'ENFANT

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548126_0020

# P L A N


| | | Page |
|---|---|---|
| I - | Introduction - Les Centres de Bilans de Santé de l'Enfant. | 1 |
| II - | Définition, description de la Coalescence des petites lèvres. (Dessins 1 et 2) | 2 |
| III - | Rappel anatomique, histologique, embryologique. Le pH vaginal et les taux d'oestrogènes dans l'enfance. Rôle des oestrogènes sur la trophicité vulvaire. | 6 |
| IV - | Circonstances habituelles de découverte. Ages de découverte. Types de coalescences vus aux Centres de Bilans de Santé de l'Enfant | 10 |
| V - | Etiologie : discutée. | 14 |
| VI - | Traitements hormonaux suivis par les mères pendant la grossesse : - pour les cas de coalescences étudiés ici, - pour un échantillonnage pris au hasard. | 20 |
| VII - | Traitements divers instaurés. Le devenir des coalescences vues aux Centres. | 22 |
| VIII - | Conclusions | 25 |
| | Bibliographie | 27 |

# I - INTRODUCTION

## LES CENTRES DE BILANS DE SANTE DE L'ENFANT

Aux deux Centres de Bilans de Santé de l'Enfant, intéressant la région parisienne, les examens médicaux ont lieu à trois âges différents : Neuf mois, Deux ans, et Quatre ans. Lors de ces visites, les enfants subissent un certain nombre d'examens : examen clinique du pédiatre et interrogatoire de la mère sur les antécédents personnels et familiaux, examen du psychologue, des spécialistes (ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, audiométrie, stomatologie), enfin examen de laboratoire et radiographie thoracique.

Nous avons recherché ici les cas de Coalescence des Petites Lèvres décelés lors de l'examen des pédiatres.

L'étude a porté sur une période de Trois ans et demi, au cours de laquelle un total de 22 242 Enfants a été vu et ce, dans les 2 Centres, de Paris (33, rue Daviel) et de Clichy (39, rue Castères). Le nombre exact des enfants du sexe féminin examinés n'est malheureusement pas connu, mais l'on peut considérer très grossièrement qu'il s'agit de la moitié du nombre total, soit environ 11 000 filles.

Ainsi, sur cette population parmi laquelle on a décelé 112 cas de Coalescence des Petites Lèvres, on obtient une fréquence non négligeable d'environ un pour cent (1 %).

## II - DEFINITION, DESCRIPTION DE LA COALESCENCE DES PETITES LEVRES

La coalescence des Petites Lèvres est réalisée par l'adhésion du bord libre de chacune des deux petites lèvres, sur la ligne médiane, formant une mince paroi fibreuse en dehors du plan de l'hymen et du méat urinaire. Elle est souvent plus épaisse en arrière qu'en avant.

Cette fermeture n'est pas totale, elle laisse un orifice, situé le plus souvent en avant, près du clitoris. Le méat urinaire est situé dans un plan plus profond et un peu en arrière par rapport à cet orifice, par lequel s'écoulent les urines.

La ligne de jonction est rectiligne, plus ou moins longue, selon que l'accolement, dit respectivement complet ou incomplet, concerne tout ou partie de la longueur des bords libres des petites lèvres. Dans la coalescence dite complète persiste quand même un petit orifice, antérieur dans la plupart des cas, juxta-clitoridien. Le jet d'urines s'étale classiquement en éventail.

Les coalescences incomplètes intéressent le plus souvent la région postérieure des petites lèvres (XX).

Cette anomalie répond dans la littérature à de nombreuses appellations :

- Coalescence des petites lèvres, terme que nous avons employé ici,
- Adhésions vulvaires, ou labiales,

- Synéchies ou fusion vulvaires ou labiales,

- Agglutination des petites lèvres.

- Occlusion vulvaire

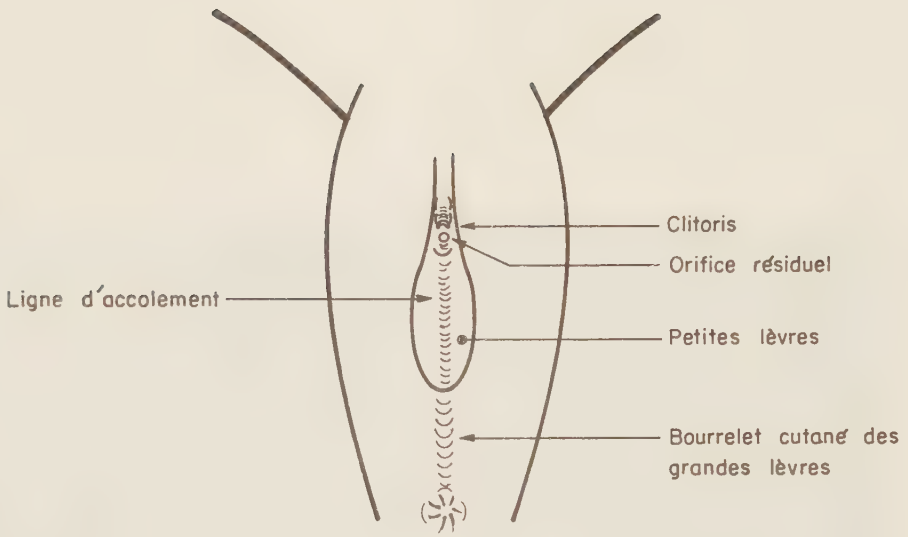


FIGURE I

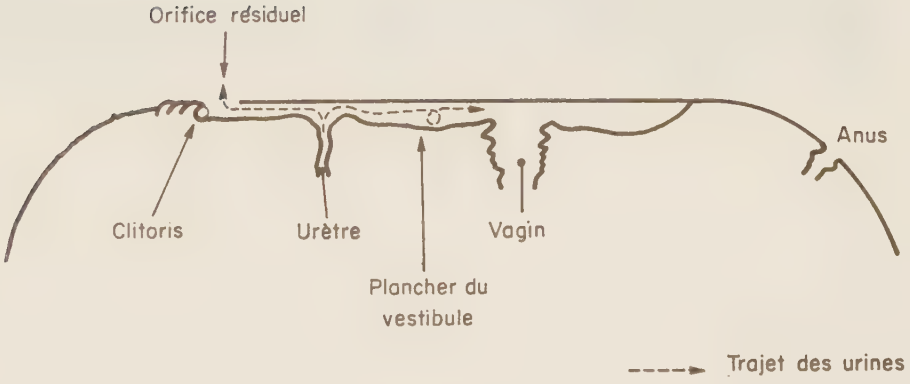


FIGURE II

Les dessins sont extraits de : "Gynécologie de l'enfance et de l'adolescence"
D. SERSIRON.

Coalescence des petites lèvres
chez une enfant agée de 8 ans

## III - RAPPEL ANATOMIQUE, HISTOLOGIQUE, & EMBRYOLOGIQUE

### I - ANATOMIE -

Les Petites Lèvres, ou nymphes, doublent en dedans les grandes lèvres. Elles s'étendent en avant jusqu'au clitoris, en avant et arrière duquel chacune d'entre elles rejoint l'autre, formant respectivement le capuchon et le frein du clitoris (ou tout au moins à leur niveau, selon les auteurs). En arrière, les petites lèvres s'étendent jusqu'à la fourchette.

Leur bord adhérent recouvre le bulbe vestibulaire. Leurs bords libres sont apposés l'un à l'autre. Le vestibule est en arrière des petites lèvres.

### II - HISTOLOGIE -

La structure histologique des Petites Lèvres est un double feuillet cutané et non muqueux.

L'épithélium est pavimenteux stratifié et les cellules cubiques sont plus grosses et plus claires que celles des grandes lèvres. L'assise basale contient des pigments. Les petites lèvres ne contiennent ni graisse, ni poils, mais des glandes sébacées sur la face externe, qui en feront une surface de glissement avec les grandes lèvres.

Le tissu conjonctif est plus lâche en superficie qu'en profondeur, il est riche en fibres élastiques, qui s'étendent jusque sous l'épithélium.

La vascularisation importante les a fait considérer comme corps semi-érectiles.

La petite zone de muqueuse vulvaire correspond à la région du sillon nympho-hyménéal, contenant des glandes à mucus, frontière du vestibule et du vagin.

III - EMBRYOLOGIE -

A la troisième semaine de vie embryonnaire, la membrane cloacale est étendue, bordée par les ébauches paires du tubercule génital.

A la quatrième semaine, l'extrémité antérieure de la membrane cloacale recule, et les deux ébauches forment le tubercule génital, qui est prolongé en arrière par le repli cloacal, de chaque côté de la membrane cloacale.

A la septième semaine, la membrane cloacale est divisée en membrane uro-génitale en avant (qui forme le plancher de la fente uro-génitale), avec le repli génital, et en membrane anale en arrière avec le repli anal, séparées par le périnée.

A la neuvième semaine, la membrane cloacale disparaît, ouvrant le segment phallique du sinus uro-génital à l'extérieur.

Les petites lèvres, qui dérivent des replis génitaux, deviennent visibles à la douzième semaine.

Bibliographie : III. XII. XIII. XIX. XXIII.

## LE pH VAGINAL ET LES TAUX D'OESTROGENES DANS L'ENFANCE

Dans la petite enfance, les oestrogènes sont à un taux très bas, depuis les premiers jours de la vie, une fois passée la période d'imprégnation oestrogénique de la naissance. Ils vont réaugmenter à la période pré-pubertaire.

Un autre élément est différent dans la petite enfance par rapport à l'âge adulte : le pH vaginal, qui, étant entre 5,5 et 7 chez le nouveau-né, descend le premier jour à 4,5 (action des bacilles lactiques), puis au bout de quelques jours, va se neutraliser et devenir alcalin, quand l'effet oestrogénique a disparu, pendant la première enfance, où il sera à un taux de 6,5 à 7,5. Il rediminuera par la suite jusqu'à la puberté.

## ROLE DES OESTROGENES SUR LA TROPHICITE VULVAIRE

Les tissus constituant la vulve répondent aux oestrogènes qui agissent sur sa trophicité.

Ceux-ci possèdent une action sur l'épithélium malpighien, en entraînant la différenciation, la croissance et la maturation totale des cellules, et la multiplication de la couche germinative, en activant la synthèse des protéines, acides nucléiques, et augmentant les phosphatases acides.

D'autre part, ils agissent également sur le tissu conjonctif, dont ils augmentent l'eau, avec amincissement des fibrilles collagènes, et multiplication des cellules conjonctives.

Le mécanisme d'action des oestrogènes est encore mal connu, et plusieurs théories ont été proposées.

Enfin, il existe des interactions entre les différentes hormones, oestrogènes - progestérone - androgènes, et ces interactions sont variables selon les doses d'hormones : à des taux bas, il y a synergie, à taux élevés, il y a antagonisme.

Nous reverrons ces différents éléments lors du chapitre consacré à l'étiologie des coalescences.

Bibliographie : XXI, XXII, XIII, IX.

# IV - CIRCONSTANCES HABITUELLES DE DECOUVERTE: AGES DE DECOUVERTE DES COALESCENCES DES PETITES LEVRES

## I - CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE -

Habituellement, c'est au cours d'un examen systématique qu'est mise en évidence l'existence d'une coalescence des petites lèvres.

Elle peut également être découverte par la mère, qui, au cours d'une toilette, remarque une anomalie, ou révélée à l'occasion d'un examen complémentaire type sondage urinaire, ou encore par l'existence de troubles du jet urinaire, de troubles infectieux divers comme vulvite, méatite, .... qui ne répondent pas aux traitements instaurés.

Dans le cadre des Bilans de Santé de l'Enfant, les cent douze cas retrouvés sont le résultat d'un examen systématique, l'existence de ces coalescences était ignorée jusqu'au moment du passage aux Centres.

Il est fréquent de noter l'existence concomitante de troubles inflammatoires de la région génito-urinaire, nous reverrons leurs éventuelles significations au chapitre étiologique (XV, XX).

Dans cette étude, seuls quelques cas ont été expressément signalés comme étant accompagnés de troubles génito-urinaires : trois cas avec vulvite, un cas avec leucorrhées, un cas avec infection à colibacilles.

## II - AGES DE DECOUVERTE -

Dans la plupart des cas de coalescence des petites lèvres rapportés par différents auteurs, l'âge de découverte se situe entre quelques mois et six à sept ans (Finlay XI - Harlund XIV - Sersiron XX).

Elle ne se verrait jamais ou excessivement rarement à la puberté et à l'âge adulte, selon les auteurs. Cependant, Huffmann (1969, XV) note que des adhésions des petites lèvres sont à nouveau rencontrées chez des femmes ménopausées, qui ont des mucosités vaginales et une vulve atrophique.

Enfin, certains cas sont rapportés comme existant à la naissance.

Aux Centres des Bilans de Santé de l'Enfant, les enfants sont examinés une ou deux fois le plus souvent, parfois trois. Sur l'ensemble des cas de coalescence qui y ont été retrouvés, soixante deux n'ont été examinées aux Centres qu'une fois, et cinquante l'ont été deux fois.

Les 62 enfants vues une seule fois se répartissent de manière sensiblement égale dans les trois catégories d'âge qui sont examinées aux Centres : 25 à neuf mois, 17 à deux ans, et 20 à quatre ans.

Sur les 50 enfants vues deux fois :

- 13 ont été découvertes lors du deuxième examen, rien n'avait été signalé au premier bilan, soit un pourcentage de 24,5 %.

- Sur les 37 cas restant :

- 18 avaient été mises en évidence lors du premier examen et avaient disparu lors du second, soit spontanément, soit après traitement, nous le reverrons au chapitre du traitement des coalescences.

- 19 existaient toujours au deuxième bilan, mais parmi lesquelles deux étaient des récidives après traitement.

## III - TYPES DE COALESCENCES VUES AUX CENTRES DE BILANS DE SANTE DE L'ENFANT -

Comme il a été dit plus haut, la coalescence des petites lèvres dite complète laisse quand même persister un petit orifice d'écoulement des urines situé le plus souvent en avant, et les coalescences dites incomplètes ou partielles sont dans la plupart des cas postérieures, laissant libre d'adhérences la partie antérieure.

Sur les cent douze cas rapportés ici,

. 14 sont signalées comme étant complètes, avec un petit orifice antérieur,

. 43 sont partielles, et postérieures dans quarante deux de ces cas, et médiane dans un cas,

. enfin 55 coalescences des petites lèvres n'ont pas été étiquetées expressément.

D'autre part, cinq d'entre toutes les coalescences ont été rapportées comme étant accompagnées de troubles infectieux, nous l'avons vu, deux étaient associées à un très faible développement du clitoris, enfin une était accompagnée de la présence chez la fillette d'un sein surnuméraire.

En ce qui concerne les organes génitaux, les coalescences étaient apparemment isolées, et aucun cas traité ou revu après disparition spontanée ne présentait d'autre anomalie génitale ou malformation coexistante.

De nombreux auteurs décrivent les coalescences des petites lèvres comme une anomalie effectivement isolée, à ne pas confondre avec une imperforation hyménéale (possibilité de passer une sonde à travers l'étroite ouverture et absence de lèvres - Huffmann XV), une agénésie vaginale, enfin un problème d'intersexualité (Huffmann XV, Sersiron XX).

Plusieurs auteurs ont noté un certain nombre d'enfants amenées en consultation avec la crainte d'une malformation importante de l'appareil génital, et qui ne présentaient en fait qu'une coalescence des petites lèvres, de traitement simple.

Enfin, on peut signaler qu'à deux reprises sur l'ensemble des cas étudiés ici, la coalescence des petites lèvres a été retrouvée chez deux soeurs.

## V - ETIOLOGIE & EPOQUE D'ORIGINE DE LA COALESCENCE DES PETITES LEVRES. MECANISME DE FORMATION

L'étiologie et l'époque d'origine de la coalescence des petites lèvres sont encore très mal connues, et fort discutées. Le caractère acquis ou non de cette affection n'est pas encore actuellement défini, de nombreuses hypothèses ont été formulées à ce sujet. Nous allons les étudier.

On a opposé l'origine "congénitale", et l'origine "acquise". Le terme "congénital" exprime la notion de quelque chose qui existe à la naissance, sans préjuger de l'étiologie.

1 Certains auteurs décrivent cette anomalie comme étant "congénitale",

- CAMPBELL, en 1954 (puis en 1963), considère les 27, puis 39 cas qu'il rapporte comme étant "incontestablement congénitaux"; cependant, il note que cette "fusion vulvaire serait rarement reconnue avant quelques mois après la naissance" (V).

- FEVRE, en 1967, cite la coalescence des petites lèvres comme une malformation congénitale fréquente. Mais il ajoute que certaines seraient acquises (X).

- Parmi d'autres explications, BUFFATI & Coll. propose celle d'une malformation congénitale associée à d'autres malformations de l'appareil urogénital (IV).

- De même, MULLER, en 1970, classe également les coalescences parmi les malformations congénitales de la vulve, relativement fréquentes chez les nourrissons et les jeunes enfants (XVI).

2 D'un autre côté, les proportions des coalescences vues à la naissance ou plus tard sont variables.

- Sur les vingt cas décrits par BOWLES & CHILDES (II), en 1943, douze étaient sûrement normaux à la naissance, et un existait sûrement à la naissance.

- NOWLIN, en 1949, note 57 cas sur 110 dont un examen à la naissance des organes génitaux externes était normal (XVII).

- POTTER, en 1952, n'a pas décelé de coalescence chez les foetus et nouveaux-nés qu'elle a examinés (XVIII).

- FINLAY (1965), ne trouve également aucun cas de coalescence sur un examen génital à la naissance portant sur 5 000 nouveaux-nés (XI).

- Enfin, JEFFCOATE penche en faveur d'une époque d'origine se situant après la naissance.

3 De nombreux auteurs ont tenté, par de multiples propositions, d'expliquer une étiologie acquise.

Pour beaucoup, la cause première serait d'ordre inflammatoire ou irritatif. Comme le rapporte SERSIRON, de petits traumatismes ou une infection légère entraineraient "l'irritation des deux bords libres des petites lèvres qui cicatriseraient spontanément en s'accolant par un tissu fibreux organisé" (XX).

- Pour DEWEES (1825), il s'agirait de l'inflammation de la membrane "muqueuse" des petites lèvres, due à un manque d'hygiène (encore que celui-ci ne soit pas toujours évident) (VII).

- OSCHENIUS (1927), attribuerait cette anomalie à une inflammation locale d'une maladie infectieuse aiguë (pneumonie, fièvre scarlatine,.). On retrouve cette notion parmi les explications proposées par BUFFATI & NADALI (1969) (IV).

- Pour HARLUND & OSTER (1971), : "Il est probable que la fusion des membranes "muqueuses" peut apparaître en rapport avec une inflammation prolongée, sans que cela prouve pour autant qu'elle en est la cause" (XIV). Eux-mêmes n'ont jamais observé de coalescence chez les nouveaux-nés et ne peuvent démontrer l'existence d'une vulvite dans les 14 cas qu'ils rapportent. "Plusieurs auteurs considèrent que peu de cas de vulvite ou d'irritation mécanique, - peut-être en corrélation avec la grande cellularité et la grande vascularisation des petites lèvres, - peuvent être de signification dans la pathogénèse" (XIV).

- Pour lui, ANDERSON (1956), refuse cette hypothèse, et tient pour une explication possible "une propriété mucilagineuse des sécrétions muqueuses chez certaines filles, qui ferait adhérer les deux surfaces opposées des petites lèvres"

- TETON, en 1956, note qu'"une exagération de l'hypooestrogénisme normal de l'enfance pourrait être cause d'une adhésion des petites lèvres par l'intermédiaire d'une vaginite non spécifique" (XXIV).

- Cette thèse est soutenue par WILLIAMS & CRAMM (1957), qui pensent que les coalescences peuvent se développer en présence d'une muqueuse vulvaire défectueuse due à l'hypooestrogénisme existant pendant l'enfance, en corrélation avec un traumatisme muqueux résultant d'une

activité bactérienne, ou de facteurs physiques, ou des deux, et qui trouvent là une explication au fait que cette anomalie ne serait pas observée après la puberté, ni chez les nouveaux-nés, où, dans ces deux groupes d'âge, le taux d'oestrogènes est élevé. Mais ce fait même est controversé (XXV).

- DEWHURST (1963), note le taux bas d'oestrogènes comme facteur prédisposant, combiné à une mauvaise hygiène, encore que ces deux facteurs ne soient pas nets du tout dans les cas observés. Il ajoute à cette théorie la notion de disparition des adhésions à la suite d'administration d'oestrogènes par voie orale, ce qui permettrait de penser que ceux-ci doivent jouer un certain rôle, dans une certaine mesure (VIII).

- Cependant, HARLUND & OSTER notent qu'aucune mesure qui a été faite du niveau des oestrogènes chez les filles présentant une coalescence des petites lèvres n'est utilisable ( XIV).

- D'après FINLAY, une irritation des surfaces par du gaz ammoniac pourrait jouer un rôle, associée dans certains cas à une application locale répétée de poudres durant la petite enfance, mais la cause même des adhésions lui reste inconnue (XI).

- Enfin, HUFFMANN : "Deux surfaces recouvertes d'un épithélium étant traumatisée et ayant alors la possibilité d'entrer en contact l'une avec l'autre, un tissu fibreux d'union va se former entre les surfaces apposées, comme cicatrisation. L'inflammation causerait l'érosion de l'épithélium couvrant les surfaces intérieures". (XV)

4 En ce qui concerne les coalescences vues dès la naissance, certains auteurs proposent une explication :

- HUFFMANN (1969), pense que les cas rapportés à la naissance seraient le résultat d'une adhésion anté-natale des surfaces desquamées des lèvres (XV).

- VAKAR, en 1930, note que cette fusion serait le résultat d'une inflammation intra-utérine ou du post-partum, avec cohésion des tissus inflammés.

- SERSIRON, d'autre part, note la possibilité, parmi les hypothèses envisagées, d'une absence de clivage des petites lèvres in utero (XX).

5 Au total, les avis restent partagés. En fait, le problème ne semble pas tellement être celui de l'époque de découverte de la coalescence, qui est, nous l'avons vu, variable, - ce que les hypothèses exposées ci-dessus peuvent expliquer - mais plutôt celui de l'origine constitutionnelle ou acquise de la coalescence. Et l'origine acquise pouvant être anté- ou post-natale.

Il apparaît cependant qu'un certain nombre de facteurs semble jouer un rôle, mais dont l'importance reste à déterminer. En particulier, les infections ou inflammations vulvaires, l'état d'hypo-oestrogénicité existant normalement dans la petite enfance.

Mais aucun de ces éléments, en fait, ne peut permettre de juger de la cause première exacte; le problème reste posé. Enfin, rien ne nous permet d'affirmer ou d'infirmer qu'il pourrait exister deux sortes de coalescence.

6 En ce qui concerne les cent douze cas de notre étude, nous ne pouvons apporter de précisions sur l'état de la vulve de ces enfants à la naissance. Il s'est agi dans tous les cas d'une découverte de l'examen systématique fait aux Centres de Bilans de Santé, les coalescences étaient ignorées auparavant.

Enfin, un certain nombre d'entre elles (13), n'ont été signalées que lors du deuxième passage aux Centres; c'est-à-dire soit à deux ans, soit à quatre ans, et ne l'avaient pas été au premier bilan; mais sur ces seules données, nous ne pouvons conclure sur la date d'apparition et au point de vue étiologique, à propos de ces cas.

## VI - LES TRAITEMENTS HORMONAUX SUIVIS PAR LES MERES PENDANT LA GROSSESSE

A l'occasion de l'examen d'enfants présentant une coalescence des petites lèvres, nous avions été surpris de la fréquence apparemment importante de l'existence d'un traitement hormonal suivi par les mères pendant leur grossesse. C'est pourquoi pour ces cent douze coalescences des petites lèvres, nous avons cherché à savoir comment s'était déroulée la grossesse de chacune des mères : y avait-il eu un problème de métrorragies, de contractions, d'insuffisance de taux des hormones éventuellement dosées. enfin un traitement hormonal avait-il été instauré, et, si oui, lequel.

Sur le total des coalescences, on a retrouvé seize mères ayant suivi un traitement hormonal au cours de leur grossesse, soit un peu plus de quatorze pour cent (14 %). Parmi celles-ci, 8 ont reçu des progestatifs (Progestérone, progestérone-retard, lutogyl), 3 ont reçu des oestrogènes (Distilbène, éthinyl-oestradiol), et il n'a pas été possible de préciser pour les 5 autres.

D'autre part, nous avons sélectionné au hasard un échantillon de cent douze dossiers sans coalescence des petites lèvres parmi les enfants du sexe féminin vues aux Centres, et recherché également pour celles-ci comment s'était déroulée la grossesse. On obtient vingt deux cas de mères ayant suivi un traitement hormonal pendant leur grossesse, sans que nous ayons pu préciser exactement lequel, soit environ dix neuf pour cent (19 %).

La comparaison de ces deux pourcentages ne montre donc apparemment pas de différence significative. Et nous ne saurions conclure s'il

existe un rapport entre les traitements hormonaux suivis pendant les grossesses, ou une anomalie au cours du déroulement de celles-ci, et l'apparition d'une coalescence des petites lèvres.

## VII - TRAITEMENT
## DEVENIR DES 112 CAS ETUDIES

Le traitement des coalescences des petites lèvres a été également l'objet d'un certain nombre d'opinions divergentes selon les Auteurs et les Ecoles. Mais actuellement, une tendance générale se dessine.

- Plusieurs s'accordent à penser que la coalescence des petites lèvres peut parfois régresser spontanément (DEWEES - 1826 (VII) - FINLAY 1965 (XI).

- Depuis longtemps, le rôle important de cette thérapeutique des oestrogènes a été reconnu. Certains les administraient par voie orale (TETON - 1956 (XXIV), mais selon WILLIAMS et CRAMM (1957) XXV les oestrogènes en applications locales obtiendraient également un bon résultat (de même HUFFMANN - XV (1958), DEWHURST - VIII (1963).

En 1956, ANDERSON (I) préconise la séparation des adhésions, et une pommade adoucissante, ce s'il existe des symptômes cliniques secondaires, sinon il ne traite pas.

De même, FINLAY - XI (1965) laisse la coalescence si elle est peu importante et n'entraîne pas de complications. Dans les cas contraires, il sépare les petites lèvres par traction latérale, puis ordonne l'application locale pendant une semaine d'un lubrifiant, pommade aux antibiotiques avec "base miscible à l'eau", ou d'un onguent adoucissant.

Pour sa part FEVRE (X) (1967), après séparation, applique une toile métallique ou grasse jusqu'à cicatrisation.

HARLUND et OSTER (XIV), eux non plus, ne traitent pas forcément si la coalescence est partielle. Ils séparent en cas d'adhésion complète, importante, avec signes infectieux.

Pour HUFFMANN (XV), il y a peu de raisons de traiter si le méat urinaire n'est pas recouvert; s'il n'y a pas de gêne à l'écoulement des urines, la coalescence disparaîtra spontanément lorsque la fillette secrètera des doses croissantes d'oestrogènes à la période pré-pubertaire.

Mais, en cas de complication, ou si la mère est très inquiète sur l'avenir de cette anomalie, on aura recours à l'application d'oestrogènes localement, pendant environ deux semaines. Cependant, l'usage prolongé d'oestrogènes risquerait d'entraîner des signes de précocité isosexuelle.

Enfin, SERSIRON (XX), qui note la tendance à l'étranger à un traitement "médical" par les oestrogènes plutôt qu'une rupture simple, préconise, comme il est fait souvant en France actuellement, la séparation manuelle, facile, de la coalescence (alors qu'elle a été considérée par certains comme difficile et traumatique) qui libère les petites lèvres en formant une zone cruentée linéaire, sans entraîner de saignement, ou en en provoquant un minime. Cette séparation nécessitera exceptionnellement une anesthésie générale, et le bistouri électrique.

Mais cette intervention devra être suivie de soins locaux, tels que tulle gras directement, ou désinfection par une pommade cicatrisante.

La désinfection par les antibiotiques locaux est indispensable en cas de vulvite.

Beaucoup d'Auteurs signalent le caractère récidivant de la coalescence des petites lèvres. Mais celui-ci apparaîtrait :

- pour ANDERSON, "chez certains enfants", (I)
- pour FEVRE, "comme dans les anomalies congénitales", (X)
- pour HUFFMANN, "après traitement par séparation manuelle", (XV).

SERSIRON, et d'autres auteurs, insistent ainsi sur la nécessité des soins locaux après la séparation des adhérences pour éviter les récidives. Ainsi que sur celle de revoir périodiquement les enfants en consultation par la suite (XX).

Pour notre part, nous avons cherché à connaître le devenir de ces coalescences découvertes aux Centres.

Ceci n'a été possible à définir que pour un peu plus de la moitié d'entre elles (63, soit 56 %), et parfois, le recul est insuffisant pour les cas découverts récemment :

- 29 de ces coalescences ont été adressées à une consultation de gynécologie infantile, et traitées par séparation manuelle suivie de soins locaux.

  Parmi celles-ci, on note deux cas de récidives, en effet, deux d'entre elles ont été de nouveau retrouvées au deuxième bilan, après traitement. Il est difficile de savoir comment les soins locaux avaient été appliqués après séparation.

- 15 se sont réduites spontanément, sans traitement.

- 19 enfin, ont été laissées telles quelles, après visite médicale.

## VIII - CONCLUSIONS

Au total, on peut regrouper un certain nombre de faits.

- La coalescence des petites lèvres a été observée aux Centres de Bilans de Santé de l'Enfant dans une proportion non négligeable de 1 %.

- Tous ces cas étaient ignorés avant le passage aux Centres. D'une façon générale, cette anomalie, qui n'entraîne pas toujours de troubles secondaires faisant alors examiner la région génito-urinaire de la petite fille, est souvent méconnue.

Une certaine gêne, une pudeur, jouent sans doute un rôle dans le fait qu'on n'examine que peu, ou superficiellement, les organes génitaux externes chez les petites filles, et encore moins que chez les garçons, en raison de leur situation moins apparente.

- L'étiologie n'est pas certaine, et, quoiqu'un certain nombre de facteurs aient été proposés comme pouvant y jouer un rôle plus ou moins important, aucun ne peut être complètement affirmé en tant que cause de cette affection.

- La coalescence des petites lèvres est une anomalie peu grave, apparemment toujours isolée (il n'a pas été retrouvé d'anomalie grave sous-jacente), mais qu'il importe de ne pas négliger, surtout si elle est complète, car le risque d'infections locales n'est pas négligeable

Ces infections locales, qui sont peut-être cause ou tout au moins facteur favorisant pour beaucoup, sont d'autre part elles-mêmes favorisées par l'existence de la coalescence, - ou entretenues si elles préexistaient -, du fait du mauvais drainage des urines.

- Ensuite, il faut surveiller ces enfants, qu'il y ait eu traitement ou que la coalescence ait été livrée à elle-même.

Nous avons vu l'importance des soins locaux après la séparation manuelle, il faut également revoir ultérieurement ces enfants, tenu compte du risque de récidives. Et même devant une coalescence minime qui n'a pas été traitée, on continuera à surveiller la fillette.

- Mais il ne serait pas mauvais, si l'on décide de traiter l'anomalie, de le faire chez l'enfant la plus jeune possible, et en la mettant en confiance.

- D'autre part, le traitement anti-infectieux sera toujours entrepris s'il y a lieu.

- Enfin, il serait peut-être souhaitable de rappeler l'intérêt d'un examen complet et approfondi de tous les enfants à la naissance, d'éduquer les mères pour déceler une anomalie de la région génitale, d'insister sur la nécessité d'une hygiène rigoureuse, et de leur apprendre à surveiller, comme elles le feraient pour toute autre partie du corps, l'état de la vulve de leur enfant.

---

# B I B L I O G R A P H I E

I - ANDERSON O. W. (1956) : Le traitement des adhérences labiales chez les petites filles. (J. A. M. A. 3 Nov. 1956, 162, n° 10, 951-953).

II - BOWLES H. E. & CHILDS L. S. (1943) : Synéchies de la vulve chez les petits enfants. (Amér. J. Dis. Child, Sept. 1943, 68, n° 3, 258-264).

III - DE BRUX J. (1971) : Histopathologie gynécologique (Masson).

IV - BUFFATI G. & NADALI I. (1969) : La disuria nelle bambine da fusione delle piccole labbra (IL LATTANTE).

V - CAMPBELL M. F. (1963) : In Urology (2nd ed. Ed. Campbell Philadelphia and London p. 1798).
(1954) : tome I page 485.

VI - CRAIG D. S. (1966) : Fusion des petites lèvres chez un nourrisson. (Practitioner Mars 1966, 196, n° 1173, 424-426).

VII - DEWEES W. P. (1826) : A treatise on the Physical & Medical Treatment of Children (London, p. 384).

VIII - DEWHURST C. J. (1963) : Gynaecological Disorders of Infants and Children (London, p. 24).

IX - ENGELMANN P. & TESCHER M. (1972) : Placenta et médicaments. (La Revue du Praticien, 1er mars 1972, p. 1005-1013).

X - FEVRE M. (1967) : Les malformations vulvo-vaginales. (Revue du Praticien, 11 déc. 1967, 17. n° 32, 4621-4634).

XI - FINLAY H. L. V. (1965) : Adhérences des petites lèvres chez l'enfant. (Proceedings of the Royal Soc. of Medicine, nov. 1965, 58, n° 11, 1, 929-931).

XII - FISCHEL A. (1929) : Entwicklung des Menschen.

XIII - GOMPEL C. (1963) : Anatomie-pathologie gynécologique et obstétrique (Arscia).

XIV - HARLUND E.C. & OSTER J. (1971) : Adhérences des petites lèvres (synéchie vulvaire), chez l'enfant. Revue et rapport de 14 cas. (Acta Paediatr. Scandin., Nov. 1971, 60, n° 6, 709-715).

XV - HUFFMANN J.W. (1969) : Gynecology of Childhood and Adolescence (Labial adhesions, p. 125-127, Anatomy, p. 32, Embryology, p. 17).

XVI - MULLER P. (1970) : Les malformations congénitales de la vulve. (Gazette médicale de France, 15/11/1970, 77, n° 5, 1017-1026).

XVII - NOWLIN P., ADAMS J.R. & NALLE B.C.jr (1949) : Fusion vulvaire (J. of Urology, Juillet 1949, 62, n° 1, 75-79).

XVIII - POTTER E.L. (1952 repr. 1953) : Pathology of the fetus and the newborn. (Chicago, The Year Book Publishers).

XIX - SCHROEDER R. (1930) : Handbuch der mikroskopischen Anatomie des Menschen (Berlin).

XX - SERSIRON D. (1974) : Coalescence vulvaire. (Gynécologie de l'enfance et de l'adolescence. Delachaux-Niestle p. 39 - 42).

XXI - Société Française de GYNECOLOGIE (1970) : Pathologie de la vulve. (93.015/24).

XXII - Société Française de GYNECOLOGIE (1971) : L'appareil génital féminin avant la puberté. (Masson).

XXIII - SOLERE M. & HAEGEL P. (1967) : Embryologie, fasc. II (TUCHMANN - DUPLESSIS H. - Masson).

XXIV - TETON J.B. & TREADWELL N.C. (1956) : Américc. J. Obstet. Gynec. (72, 674).

XXV - WILLIAMS H. & CRAMM C.J. jr. (1957) : Sth. med. J. (50, 573).

Faculté de Médecine
XAVIER BICHAT
12, rue de l'École-de-Médecine
PARIS - VI^e

MICHEL Fanny
née le 24/03/1950 à Neuilly/Seine - 92 -

VU
et PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR
DE L'ACADÉMIE DE PARIS

# A PROPOS DE CENT DOUZE CAS DE COALESCENCE DES PETITES LEVRES DEPISTEES AUX CENTRES DE BILANS DE SANTE DE L'ENFANT.

FACULTÉ DE M^E DECINE XAVIER BICHAT
PARIS VII

HOPITAL TROUSSEAU
Clinique de Pédiatrie
Professeur H.-E. BRISSAUD